Lane Medical Library

Aus der
dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik
in München.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von ZUMBUSCH.

Über einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung

der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Frida Baltruweit
aus Stettin.

München 1927.

Unter dem Namen „Erythrodermie pityriasique en plaques-disséminées“ beschrieb im Jahre 1897 L. Brocq eine eigentümliche, außerordentlich chronisch verlaufende und durch keine Therapie zu beeinflußende Hauterkrankung, die bis zu diesem Zeitpunkt unbekannt oder nicht richtig erkannt war. Die Krankheit ist charakterisiert durch meist an Rumpf und Extremitäten auftretende, unregelmäßig zerstreute, ziemlich scharf begrenzte, rundliche oder ovale, glatte oder nur wenig kleienförmig schuppende Flecke. Die Farbe dieser Flecke variiert zwischen einem blasseren und intensiveren Rot und zeigt je nach Individuum und Lokalisation eine Beimengung von gelblichen, bräunlichen oder bläulichen Tönen. Typisch für die Erkrankung ist, daß sie, abgesehen von hin und wieder auftretendem, mäßigem Jucken meist nicht die geringsten subjektiven Beschwerden verursacht. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß nicht auch schon vor Brocq ähnliche Fälle beobachtet wurden, — so erwähnt Finger (zit. nach Arndt) gelegentlich der Demonstration eines hierher gehörigen Falles, daß Kaposi analoge Veränderungen der Haut als Ekzema anaemicum bezeichnet hätte. Es bleibt aber das Verdienst Brocq's die in Frage stehende Affektion zuerst erkannt und als erster das klinische Bild beschrieben zu haben. Im Jahre 1902 hat Brocq die Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées unter der Bezeichnung Parapsoriasis en plaques in die von ihm aufgestellte Gruppe Parapsoriasis eingereiht.

Brocq faßt unter dem Namen Parapsoriasis relativ seltene, nur teilweise psoriasisähnliche Affektionen zusammen, die im System zwischen der Psoriasis vulgaris einerseits und dem Lichen ruber planus andererseits einzureihen wären. Allen diesen Erkrankungen gemeinsam ist die allmähliche Entwicklung, der außerordentlich chronische, sich oft über Jahrzehnte erstreckende Verlauf

bei völlig ungestörtem Allgemeinbefinden, ferner die vorwiegende Lokalisation an Rumpf und Extremitäten bei Freibleiben des behaarten Kopfes, des Gesichts, der Handteller und Fußsohlen, das fast vollkommene Fehlen subjektiver Beschwerden und die Erfolglosigkeit jeglicher Therapie.

Histologisch zeigen die Erkrankungen wenig charakteristische Veränderungen. In den meisten Fällen beschränkt sich die Affektion auf die obersten Schichten der Cutis und manifestiert sich als chronische Entzündung mit mehr oder weniger starker Beteiligung des Epithels. Morphologisch unterscheiden sich die in dieser Gruppe vereinigten Prozesse, wenigstens in ihren typischen Fällen, zum Teil ganz erheblich. Das wurde ja von Brocq auch schon immer betont und von ihm dadurch zum Ausdruck gebracht, daß er der Hauptbezeichnung Parapsoriasis ein die speziellen Charaktere wiedergebendes Eigenschaftswort beifügte. Brocq unterscheidet eine Parapsoriasis guttata, lichenoides und placata. Diese Einteilung sowie überhaupt den Sammelbegriff Parasproriasis verwirft Riecke und gesteht nur zwei Krankheitsformen einen Anspruch auf Selbständigkeit zu, nämlich erstens der Pityriasis lichenoides chronica, die identisch ist mit der von Unna, Santi und Pollitzer zuerst beschriebenen „Parakeratosis variegata“ und dem „Lichen variegatus“ Radcliffe Crockers (zit. nach Arndt) und zweitens der Erythrodermia maculosa perstans. Letztere wird von Arndt als Brocq'sche Krankheit bezeichnet.

Erst seit etwa 20 Jahren ist man auf die einschlägigen Krankheitsbilder aufmerksam geworden, und da die Beobachtungen dieser Krankheitsbilder entschieden als sehr seltene Vorkommnisse zu gelten haben, ist es auch leicht verständlich, daß die Auffassung über die Bewertung dieser Exantheme und ihre systematische Einteilung sehr verschieden ist. Riecke sagt, daß, wie so oft bei seltenen Hautaffektionen, deren Kenntnis ein großer Teil der Autoren nur auf Grund des Literaturstudiums sich hat verschaffen können, die Meinungen auch in betreff der disséminierten, schuppenden Ery-

throdermien, speziell hinsichtlich ihrer Zusammengehörigkeit weit auseinander gehen. —

Den ersten Fall von Pityriasis lichenoides chronica demonstrierte Jadassohn auf dem 4. Deutschen Dermatologen-Kongreß zu Breslau 1894 unter der Bezeichnung „Eines eigenartigen, psoriasiformen und lichenoiden Exanthems". Diese Hauterkrankung nannte er später „Dermatitis psoriasiformis nodularis". Er gab dabei eine eingehende Schilderung der klinischen Eigentümlichkeiten.

Patient war bis auf eine luetische Infektion im 21. Lebensjahre stets gesund. Mit 26 Jahren trat die Hautaffektion zuerst am Halse auf und verbreitete sich von da aus innerhalb 8 Tagen auf den übrigen Körper. Es wurden verschiedene Quecksilberkuren ohne jeden Erfolg gemacht. Vier Jahre nach Auftreten der ersten Erscheinungen waren befallen Vorder- und Rückseite des Rumpfes und die oberen Teile der Oberschenkel; einige Monate später wurden dann auch die Arme und speziell die Ellbeugen befallen, während die Ellbogen frei blieben. Die Effloreszenzen manifestierten sich als stecknadelkopf- bis linsengroße, scharf gegen die umgebende Haut abgesetzte, rundlich ovale, rote Erhebungen, die ein Schüppchen deckte, das in der Mitte stärker war als in seinen Randpartien. Beim Versuche, das Schüppchen abzukratzen, trat häufig Blutung ein, jedoch nie von der Stärke wie bei Psoriasis. Mit Chrysarobin- und Pyrogallussalbe wurde ein vorübergehender Erfolg erzielt. Nach ganz kurzer Zeit war aber das Exanthem im vollem Umfange wieder vorhanden. Subjektive Beschwerden verursachte die Dermatose dem Patienten nie.

Auf demselben Kongreß zeigte Neisser eine Patientin, die er damals nicht mit dem Jadassohn'schen Falle zu identifizieren vermochte. Die Zusammengehörigkeit beider Fälle stellte sich jedoch später heraus.

Es handelte sich dabei um eine Patientin, die vor Auftreten des Exanthems vollständig gesund war. Die Dermatose erschien im 21. Lebensjahre und zwar verstreut über den ganzen Körper; frei blieb nur der behaarte

Kopf. Sie setzte sich zusammen aus streng isolierten, flachen, roten, wenig über das Hautniveau erhabenen, nicht gedellten, teils rundlichen, teils mehr eckigen, etwas fettig glänzenden Effloreszenzen. Die Flecke trugen ein feines weißes, etwas fettig glänzendes Schüppchen, das leicht abgekratzt werden konnte. Blutung trat selbst bei stärkeren Kratzversuchen nicht auf. Die gesunde Haut war etwas livid verfärbt. Auf größere Arsengaben innerlich, auf Ichthyol-, Pyrogallus- und Naphtholsalben äußerlich keinerlei Besserung. Einen ganz vorübergehenden Erfolg erzielte Neisser durch Vleminckxbäder und Teerbehandlung. Patientin blieb noch jahrelang in Behandlung, ohne daß jemals eine anhaltende Besserung erzielt worden wäre.

Über einen dritten Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem berichtete im Jahre 1897 Juliusberg ausführlich.

Er teilte mit, daß bei seinem Patienten schon in der frühesten Jugend bei leichten Erregungen und nach Genuß warmer Speisen häufig Rötung des Körpers auftrat, die immer von heftigem Jucken begleitet war. Das Exanthem bestand seit dem 17. Lebensjahre, begann an den Oberarmen und breitete sich rasch auf den übrigen Körper aus. Kopf und Gesicht blieben frei. Es setzte sich zusammen aus linsengroßen, orangegelben, scharf begrenzten flachen Papeln und Flecken. Die Effloreszenzen waren mit feinen, kleienförmigen Schüppchen bedeckt; nach deren Abkratzen trat manchmal Blutung ein. Die übliche Therapie, Arsen intravenös, Teer- und Chrysarobinsalbenbehandlung führten zu keinem Ergebnis. Die Juckanfälle, die ja schon früher vorhanden waren, schienen in keinem Zusammenhange mit dem Exanthem zu stehen.

Aus dem Jahre 1898 besitzen wir eine Publikation von Pinkus, die wegen ihrer genauen histologischen Untersuchungen sehr lehrreich ist.

Das Exanthem bestand bei dieser Patientin seit dem 16. Lebensjahre. Frei blieben in diesem Falle Gesicht, behaarter Kopf, Unterschenkel und Füße. Das Exanthem

war zusammengesetzt aus linsen- bis bohnengroßen, roten, mit dünnen Schüppchen bedeckten Effloreszenzen. Nach Abkratzen der Schüppchen trat auch hier leichte Blutung auf. Dazwischen zeigten sich auch Herde ohne Schüppchen.

Pinkus untersuchte nun histologisch einzelne Krankheitsherde, von denen jeder Herd älter war als der vorherige, und fand folgende interessante Stadien des Entwicklungsganges einer Effloreszenz:

Beim ersten Schnitt war die Oberfläche der Epidermis im selben Niveau mit der Umgebung. Eine dünne, kernlose Hornlamelle überdeckte den Herd. Am Rande reichte das Stratum lucidum eine kleine Strecke weit auf ihn hinauf. Unter diesen Schichten folgte aber nicht das Stratum granulosum und Malpighi, sondern ein Zellkomplex, der, im Zentrum dick, in der Peripherie sich verdünnend, Ähnlichkeit mit einem Scutulum hatte. Am Rande setzte er sich in die Übergangsschichten, namentlich das Stratum granulosum, fort. Die Zellen des Scutulums hatten keinen körnigen, keratohyalinartigen Bestandteil, und die Zellkerne waren klein und abgeflacht. Es handelte sich um eine Art abnorme Verhornung, um eine Parakeratose. Die Zellen des Rete Malpighi unter und neben dem Scutulum gingen an der Grenze allmählich in die veränderten Scutulumzellen über. Im Zentrum des Scutulums waren die Gefäße in den oberflächlichsten Cutislagen und in den Papillen dicht erfüllt und umgeben von reichlichen Mengen polynucleärer Leukocyten.

Ein ähnliches Bild zeigte ein weiterer Herd, der nur größer und älter war. Auf dem Herde war eine Art flacher Schuppe, die jedoch mit der Unterlage zusammenhing. An vielen Stellen, namentlich nahe dem Zentrum, hatte sich zwischen Rete und dem parakeratotischen Bezirk eine mehrschichtige Zellenlage gegen das unterliegende, proliferierende Rete gebildet. In der Peripherie glich der Herd völlig der vorigen Effloreszenz, nur fand man im Zentrum eine Durchsetzung der parakeratotischen Teile mit Leukocyten und Auflagerung von Leukocyten auf ihre Oberfläche.

Ein weiterer Schnitt zeigte eine über das Niveau der Umgebung erhabene, dicke Schuppe, deren kernhaltige Hornzellen nur locker mit der Unterlage zusammenhingen. Auf der Schuppe lagen stellenweise Kerntrümmer und Leukocytenreste. Unter der Schuppe folgte fast normale Hornschicht, bestehend aus einer Lage kernloser Lamellen, einem verdickten Stratum lucidum und auch an den meisten Stellen einem verdickten Stratum granulosum.

Im selben Jahre wie Pinkus stellte Rona (zit. nach Riecke) im Verein ungarischer Dermatologen und Urologen einen typischen Fall von „Morbus Jadassohni" vor. Im Rona'schen Falle handelte es sich um einen Patienten, bei dem das Exanthem im 27. Lebensjahre auftrat. Der Ausschlag, der unter der Therapie Quecksilber-Einreibungskuren verschiedene Male auf ganz kurze Zeit verschwand, bestand am Hals, Rumpf, Nates und Penis, ferner an den Unterschenkeln, auf der Dorsal- und Plantarfläche der Füße, auf den Oberarmen und auf der Dorsalseite der Hände und Unterarme. Das Exanthem setzte sich zusammen aus teils schuppenden, teils schuppenfreien, hanfkorn- bis linsengroßen, rundlichen oder ovalen, blaß rötlich-braunen, flachen Papeln und Schüppchenauflagerung auf nicht papulöser Haut.

Der Name „Pityriasis lichenoides chronica" stammt aus dem Jahre 1899 von Juliusberg. Er berichtete damals ausführlich über einen 6. und 7. Fall und gab eine zusammenfassende Darstellung des Krankheitsbildes. Derselbe Autor stellte im Jahre 1900 in der Breslauer Dermatolog. Vereinigung drei der bekannten Fälle vor und betonte in seinem Referat die Chronizität des Leidens. Jadassohn beschrieb im Jahre 1900 eine achte Beobachtung dieser Erkrankung in der Festschrift für Kaposi. Im Jahre 1901 berichtet von Frendl (zit. nach Riecke) über einen neunten Fall im wissenschaftlichen Verein der Militärärzte in Wien. Von Kreibich (zit. nach Riecke) besitzen wir eine Schilderung der Pityriasis lichenoides chronica aus dem Jahre 1902. Er bespricht das Krankheitsbild an Hand von 6 beobachteten Fällen. Die Zahl der bis dahin beobachteten Fälle

wächst somit auf 15. Aus dem Jahre 1903 ist eine Veröffentlichung von Ehrmann (zit. nach Riecke) (Sitzg. d. Wien. Dermat. Gesellsch.) bekannt. Der Schilderung nach handelt es sich hierbei wohl um einen einwandfreien Fall von Pityriasis lichenoides chronica; es erschien damals jedoch ungewöhnlich, daß in diesem Falle die Arsentherapie zu einem vollen Erfolg geführt hatte. Ungefähr in dieselbe Zeit fällt die Veröffentlichung eines Falles von „Dermatitis nodularis Jadassohni" von Moeller und Afzelius in Stockholm (zit. nach Riecke). Die beschriebene Pustelbildung ließ die Zugehörigkeit zu der Dermatose als zweifelhaft erscheinen. Den 18. sicheren, das ist der vierte Fall seiner eigenen Beobachtung stellte 1904 in der Wien. dermat. Gesellsch. v. Neumann vor. Im November 1904 demonstrierte Spiegler einen fünfjährigen Knaben mit Pityriasis lichenoides chronica als 19. Fall und in direktem Anschluß daran L. v. Zumbusch dasselbe Krankheitsbild bei einem jungen Manne und somit den 20. Fall. Einen Monat später zeigte Fritz Lesser (zit. n. Riecke) in Berlin einen 9jährigen Knaben, welcher mit der Dermatose behaftet war. Der 22. Fall stammt aus dem Jahre 1905 von Blank. Dieser zeigte einen 26jährigen Patienten mit typischer Pityriasis lichenoides chronica. Der 23. und 24. Krankheitsfall stammt aus den Jahren 1905 und 1906, mitgeteilt von Ehrmann und von Neumann (zit. nach Riecke). Dazwischen fällt eine Veröffentlichung von Marcuse. Der Fall kann aber nicht als einwandfrei anerkannt werden, da er durch Follikulitiden kompliziert war. Aus dem Jahre 1906 ist wiederum ein Fall von einwandfreier Pityriasis lichenoides chronica bekannt, den Kaltenbrunner (zit. nach Riecke) in der Wien. Dermat. Gesellsch. vorstellte. Damit erhöht sich die Zahl der bis dahin veröffentlichten Fälle auf 25.

Sicherlich sind das nicht alle der beobachteten Fälle. Es geht schon aus Diskussionsbemerkungen von Spiegler, von Neumann, Kaposi, Herxheimer, Boeck u. a. hervor, daß die Affektion öfters beobachtet als beschrieben worden ist. In den folgenden Jahren werden die Veröffentlichungen seltener.

Bemerkenswert ist ein Bericht von Werther aus dem Jahre 1915 über einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica, der die drei Typen der Parapsoriasis vereinte.

Die Hauterkrankung der 59jährigen Patientin begann unter Brennen und Jucken im Nacken, dehnte sich auf den Rücken abwärts aus, ergriff weiter Gesicht und Arme und befiel allmählich den ganzen Körper. Auch die Schleimhaut des Gaumens und der Zunge waren erkrankt. Das polymorphe Exanthem setzte sich zusammen aus wenig erhabenen Effloreszenzen in Größe eines Stecknadelkopfes bis Weizenkornes. Sie waren polygonal begrenzt und zeigten wachsartigen Glanz. Auf den Streckseiten beider Unterarme und der Handrücken fanden sich mäßig erhabene linsen- bis fingernagelgroße Flecke und rundliche Scheiben, an denen eine Zusammensetzung aus einzelnen Knötchen nicht erkennbar war. Die Scheiben, wenig erhaben, nie nässend, erst glatt, später kleienförmig abschuppend hatten die Größe von Fünf- und Zehnpfennigstücken, waren regelmäßig netzförmig angeordnet, wobei die gesunde Haut das Netz und die kranke Haut die Lücke bildete. Erythrodermien, blaurote, leicht infiltrierte, zart schuppende, nicht scharf begrenzte Flächen wurden im Gesicht, am Kopf, am Rücken und an den Extremitäten beobachtet. Die Therapie bestand zunächst in Teerbädern und Einfettungen, später wurde mit intramusculären Injektionen von Sol. acid. arsenicosi begonnen. Die einzelnen Exantheme heilten langsam ab, die Krankheit selbst blieb unheilbar.

Leibkind griff in einer Polemik diesen Fall insoferne an, als er die Heilbarkeit einer wirklichen Pityriasis lichenoides chronica bestreitet und den von Werther beobachteten Fall daher nicht als solche anerkennen will. In ähnlicher Weise wie Werther beschrieb aber Muschter im Jahre 1916 einen in seinen Krankheitserscheinungen analogen Fall.

Auch bei seinem Patienten handelte es sich um ein Exanthem, das alle drei Typen der Brocq'schen Parapsoriasisformen enthielt. Es setzte sich zusammen aus stecknadelkopf- bis linsengroßen Effloreszenzen von

blaßrosa oder rotbräunlicher Farbe auf Brust, Rücken und Lendengegend. Am Stamm und Extremitäten fanden sich gelbe bis braunrote Flecke und flache lichenoide Papeln zerstreut oder in netzförmiger Gruppierung angeordnet. Außer diesen beiden Typen sah man circumscripte, runde oder ovale Flecke von gelblicher bis weinroter Farbe.

Im selben Jahre berichtet Mucha über einen, der Pityriasis lichenoides chronica nahe stehenden, eigentümlichen Fall:

Patient, 19 Jahre alt, wurde von einem recht polymorphen Exanthem befallen. Es fand sich an der Haut des Stammes und der Extremitäten, daselbst mit merklicher Bevorzugung der Beugeseiten und reichte bis zum Halse hinauf. Gesicht, Hände und Füße blieben frei. Neben papulösen oder lichenoiden Effloreszenzen fanden sich zahlreiche, kaum linsengroße Krankheitsherde, die besonders im zentralen Anteile das Niveau der umgebenden Haut überragten. Ferner erhob sich aus einer peripheren hellrot entzündlichen oder mehr gelbrot gefärbten, im Niveau der Haut gelegenen Zone eine gelb- bis braunrote Papel die den Eindruck einer Pustel machte. Bei genauer Untersuchung und Abhebung der Pusteldecke zeigte es sich aber, daß zentrale Nekrose vorlag. Während die lichenoiden, klein papulösen Effloreszenzen allmählich flacher wurden und schließlich ohne Zurücklassung irgendwelcher sichtbarer Veränderungen schwanden, kam es bei den Herden mit zentraler Nekrose zur allmählichen Abstossung der zentralen Borke, an deren Stelle eine oft ziemlich bedeutende variolaartige Narbe zurückblieb.

Histologisch fand sich in den Effloreszenzen ein Oedem der obersten Schichten der Cutis und Epidermis mit perivasculären Infiltraten besonders in den obersten Schichten der Cutis. In den zentralen Partien waren regressive Veränderungen im Sinne von zunehmender Verhornung und beginnender Borkenbildung nachweisbar.

Über eine ganz seltene Erscheinung, das Auftreten eines echten Leukoderms bei Parapsoriasis schrieb K. Sato im Jahre 1921.

Die 17½ jährige Patientin litt an einer ‚typischen Pityriasis lichenoides chronica. Das Exanthem hatte seinen Sitz am Stamm, an den Extremitäten und in geringerem Grade auch auf den Wangen. Es setzte sich zusammen aus hellroten oder bräunlich lividen Flecken mit ganz fein gefälteter Oberfläche, beim Kratzen minimal schuppend. Außer den maculösen Effloreszenzen fanden sich hell oder lachsrote, schwach erhabene, plane Papeln, deren Oberfläche glatt und glänzend oder mit dünner adhaerenter Schuppe bedeckt war. Subjektive Beschwerden verursachte das Exanthem nicht. Neben diesen entzündlichen Herden fielen aber am auffälligsten am Halse, über beiden Schulterblättern, an der Streckseite der oberen Extremitäten, Achsenhöhlen und Stamm Pigmentanomalien auf. Sie bestanden aus mehr oder minder stark depigmentierten, recht hellen, etwa linsengroßen, wenig scharf begrenzten Flecken. Die leukodermartigen Flecke schienen sich, soweit sich das verfolgen ließ, aus den Maculae herauszuentwickeln. Es handelte sich in diesem Falle um ein typisches Lenkoderm wie Arndt (zit. nach Sato) es zum ersten Male im Jahre 1910 bei einem 24 jährigen Mädchen beschrieb. Die Mitteilungen, die hierüber in der Literatur über ähnliche Fälle vorliegen, sind aber sehr spärlich.

Die im vorigen in ihrer Variabilität und Eigenart an Hand von mehreren Fällen dargestellte Pityriasis lichenoides chronica wird noch von jüngeren Autoren als eine therapeutisch schwer zu beinflußende, ja sogar uuheilbare Krankheit dargestellt. Was die therapeutischen Maßnahmen und Heilerfolge der Krankheit anbetrifft, so seien hier noch kurz einige Beispiele aus der ueueren Literatur erwähnt die erfreulichere Resultate liefern.

In der japanischen Zeitschrift für Dermatologie und Urologie (März 1912) teilte Watanahe (zit. nach Cohn), Derm Zentralbl. No. 18, 1915) 2 Fälle von Pityriasis lichenoides chronica mit, bei denen er eine schnelle Besserung, bezw. Heilung durch eine einmalige intravenöse Injektion von Salvarsan erzielt haben will. Der eine Fall recidivierte zwar nach einem Monat, heite aber schnell nach einer zweiten Injektion.

Über eine restlose und fast ohne Berufsstörung für den Patienten geheilte Pityriasis lichenoides chronica schrieb Löwenstein in der derm. Wochenschr. 1920. Er erzielte diesen guten Erfolg durch intramuskuläre Injektionen von Pilocarpin. hydrochloric. a 0,005, später 0,01 in Abständen von anfänglich einem, später 3 und 5 Tagen. Die Injektionen waren nicht von gefährlichen Symptomen begleitet. Löwenstein vertritt die Meinung, daß die auslösende Wirkung des Pilocarpins in der Gefäßerweiterung, bezw. Durchblutung und Erwärmung der Haut zu suchen wäre. Schon im Jahre 1913 wurde das Pilocarpin von Herxheimer und Köster (zit. nach Löwenstein) als Heilmittel der sonst therapeutisch schwer zu beeinflußenden Parapsoriasis angeben.

In der Derm. Gesellsch. in Stockholm am 13.X.1920 demonstriete Almkvist einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica und berichtete über gute Heilresultate dieser Krankheit nach Sonnenbestrahlung.

Da Arsenik in Pillen keinen sonderlichen therapeutischen Einfluß auf den Zustand des an Stamm und Extremitäten ausgedehnten Exanthems hatte, versuchte Patient auf ärztliches Anraten die Lichtbehandlung, Schon nach 4 Wochen war der Ausschlag etwas vermindert, nach einem weiteren Monat beinahe verschwunden. Bemerkenswert war das Auftreten weißer Flecken an Stellen, wo früher Effloreszenzen einer Pityriasis lichenoides chronica gesessen hatten. Es handelte sich um Leukodermflecke, wie ja auch Scherber und Kern beobachtet hatten, daß nach völligem Rückgang einzelner typischer Pityriasis lichenoides chronica-Herde deutlich Leukodermflecke resultierten.

Ebenso erfreulich sind die Erfolge Ehrmann's, der auf kombinierte Behandlung mit Arsen und Quarzlicht einen 6. Fall von Pityriasis lichenoides chronica zur Abheilung brachte. Seiner Ansicht nach muß eine Reihe von Arsen-(Kakodyl)-Injektionen vor der Lichtbehandlung gegeben werden, die sensibilisierendes Agens darstellen.

Nach Erfolglosigkeit einer Therapie beoachtete Else Wagner-Katz das Schwinden des Exanthems

nach Entbindung. Die Patientin erkrankte 1910, ließ sich drei Jahre lang behandeln, aber Arsen und Röntgenstrahlen waren wirkungslos. Ab 1913 setzte sie die Behandlung aus, da sie ihrer Niederkunft entgegensah. Nach der Entbindung nährte sie ihr Kind selbst. Während der Laktation verschwand der Ausschlag, Winter 1914 bis Dezember 1917 war kein Recidiv bemerkbar.

Ich hatte nun Gelegenheit, an der dermatologischen Poliklinik zu München (Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch) einen einschlägigen Fall von Pityriasis lichenoides chronica zu beachten, dessen Krankengeschichte ich zunächst mitteilen will.

Es handelt sich um einen 63 Jahre alten Schuhmacher aus Landshut gebürtig. Die Eltern des Patienten waren angeblich immer gesund. Sein Vater starb im 84. Jahre durch Gift, seine Mutter im Alter von ca. 45 Jahren an Sektio caesarea. Patient hatte 7 Geschwister; hiervon lebt noch eine Schwester. Ein Bruder starb im schulpflichtigen Alter, ein Bruder fiel 1870 im Felde. Die übrigen Geschwister starben in frühem Kindesalter. Die noch lebende Schwester ist gesund, während ein Sohn dieser Schwester dieselbe Krankheit wie Patient durchgemacht haben soll. Leider ist hierüber nichts näheres zu erfahren, weil die Krankheit bei diesem vollständig abgeklungen ist. Der behandelnde Arzt soll geäußert haben, daß er mit Bestimmtheit mit einem Recidiv zu rechnen habe.

Patient selbst will keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Er ist 24 jährig nach Afrika ausgewandert. Dort habe er 17 mal, erstmals im Jahre 1894 Schwarzwasserfieber gehabt. Kuriert sei er mit Schlangengift und Chinin worden. 1896 sei er 4 Monate an Dysenterie krank gelegen, auch Malaria habe er mehrmals gehabt.

Das jetzige Leiden bemerkte Patient zum ersten Male im Mai 1926. Es habe begonnen mit einem stark juckenden Knötchen an der Streckseite des linken Unterschenkels. Schon nach einigen Wochen sei die Erkrankung am ganzen Körper zur Entwicklung gelangt.

Er fühlte sich dabei wohl, doch trieb ihn ein unausstehliches Jucken zum Arzt. Er habe zuerst Krätzensalbe und andere Salben bekommen, ohne daß irgend eine Veränderung eintrat. Dann begab er sich in spezialärztliche Behandlung; diese bestand in Salben und Arsen. Als auch jetzt keinerlei Besserung eintrat, suchte er die dermatologische Poliklinik auf.

Luetische Infektion wird negiert, einmal habe er Tripper gehabt. Er habe früher sehr viel geraucht und pro Tag ca. 10 Liter Bier getrunken.

Am 24. IX. 1926 wurde hier folgender Status erhoben: Schlank gebauter Patient mit gut entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster. Pupillenreaktion prompt. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, Mandeln nicht vergrößert, Zähne kariös, Zunge leicht belegt.

Innere Organe: Herz nicht vergrößert, Töne rein. Über den Lungen sonorer Perkussionsschall, auskultatorisch Vesiculäratmen mit vereinzelten bronchitischen Rasselgeräuschen über beiden Apices. Leber und Milz nicht vergrößert. Inguinaldrüsen bds. leicht vergrößert.

Haut: Der behaarte Kopf ist frei von Effloreszenzen. Kopfhaut trocken, mit etwas kleienförmiger Abschuppung. Gesichtshaut frei und intakt, desgleichen die Haut des Halses und die Mundschleimhaut. An der Vorderfläche des Rumpfes, besonders an den seitlichen Partien, von der Mamillarlinie an und in etwa derselben Anordnung auch an der Rückfläche des Stammes ist ein im ganzen mäßig stark ausgebildetes Exanthem entwickelt. Die Anordnung dieses Exanthems ist durchaus irregulär. Man kann weder Konfluenz noch Gruppenbildung wahrnehmen.

Zwei Arten von Effloreszenzen lassen sich deutlich unterscheiden: 1.) eine Anzahl flach papulöser, lachsfarbener, teilweise auch braunroter, ungefähr linsengroßer Herde, welche sich scharf von ihrer Umgebung abheben. Sie fühlen sich etwas derb an und zeigen unter Glas einen gelbbraunen Farbton. Die Oberfläche dieser Papeln ist glatt und wächsern glänzend, verschiedene tragen feine weiße Schüppchen. Bei Reizung mit dem Fingernagel ist eine kleine, weißliche Lamelle

abhebbar, und zuweilen tritt ein geringfügige, kapillare Basisblutung auf.

Als zweite Art sind im Niveau der normalen Haut liegende Effloreszenzen, bräunlich gelbe und blaßrote Flecken zu konstatieren von Linsen- bis Fingernagelgröße. Die Epidermis erscheint über diesen Effloreszenzen häufig etwas gerunzelt. Diese zweite Art ist fast durchweg mit deutlicher Schuppung ausgestattet. Diese Schuppung ist derart, daß sich am Rande ganz feine, weiße, locker aufgelagerte Schüppchen finden, während die Mitte fest haftende gelbe Schuppen zeigt. Bisweilen sieht das Exanthem bräunlich rot und atrophisch aus.

An den oberen Extremitäten finden sich und zwar sowohl an den Beuge- als auch an den Streckseiten zahlreiche wie oben beschriebene papulöse Effloreszenzen. Interdigitalräume und Palmae manus sind völlig frei. Auch an den unteren Extremitäten sind sowohl Beuge- und Streckseiten befallen. Wir sehen hier Effloreszenzen beider Typen, die in nichts von dem Exanthem des übrigen Körpers abweichen. Planta pedis ist ebenso wie die Genitalregion von Effloreszenzen völlig frei, während die Regio analis starkes Exanthem aufweist.

Die Wassermann'sche und die Sachs-Georgi'sche Reaktion sind negativ.

Zur Bestätigung der Diagnose wurde die Probeexcision zweier Krankheitsherde vorgenommen, von denen der eine in seinem histologischen Aufbau eine psoriasiforme Effloreszenz, der andere eine Übergangseffloreszenz darstellt.

Bei der psoriasiformen Effloreszenz sehen wir die Epidermis stark alteriert. Das Rete Malpighi ist Sitz eines intra- und interzellulären Oedems mit kavitärer Entartung der Retezellen und Bildung kleiner, bläschenartiger Hohlräume. Außerdem hat eine reichliche Einwanderung von Lymphocyten in die Epidermis stattgefunden.

Das Stratum granulosum, eine hier nur 1—2 reihige Zellschicht ist schwach entwickelt, während man im

Stratum corneum eine umschriebene, parakeratotische Partie beobachten kann. Leukocytenanhäufungen finden sich hier nicht.

Die Grenze der Cutis ist gegen die Epidermis scharf abgesetzt, soweit sie nicht durch Zelleinbruch gestört ist. Die ödematös verbreiterten Papillen bilden den Sitz einer reichlichen Zellinfiltration. Die hier eingewanderten Zellen erfüllen teils in Haufen die ganzen Papillen, teils sind sie lockerer angeordnet oder folgen an anderen Partien in Form von Streifen den Gefäßen im oberflächlichen Corium, sowie auch in der eigentlichen Cutis. Das Infiltrat besteht aus überwiegend lymphocytären Elementen mit reichlicher Beimengung von Plasmazellen. Das elastische Gewebe ist im Bereiche der zelligen Infiltrate auseinandergedrängt oder auch zugrunde gegangen. In den tieferen Schichten der Cutis sieht man zellige Infiltrate auch in Schweiß- und Talgdrüsen.

Die Übergangseffloreszenz zeigt, abgesehen von dem Fehlen der Parakteratose die gleichen Gewebsveränderungen wie die vorige, wenn auch in geringerer Intensität.

Die Epidermis ist über dem Bezirk der stärksten zelligen Infiltration im Corium wieder abnorm durchfeuchtet und durch Aufquellung der Zellen und Erweiterung der Interzellularspalte in toto verbreitert. Dieses Verhalten zeigt sich im Praeparat durch blassere Färbbarkeit und Erweiterung der Kernhöhlen. Die Hornschicht ist hier bereits normal. Insbesondere zeigt sich keine Parakeratose. Trotz der abnormen Durchfeuchtung der Übergangsepithelien zeigen sich am Keratohyalin keine wesentlichen Veränderungen.

Die Cutisepidermisgrenze ist häufig abgeflacht, an Stellen von Zelleinbruch in die Epidermis sogar verwischt, sonst aber scharf. Oedem nnd Infiltratzellen haben die kollagenen Fasern des oberflächlichlichen Coriums netzartig auseinandergedrängt. Perivasculäre Infiltratmäntel sprechen deutlich für die Abhängigkeit der Infiltration vom Gefäßnetz. In den zelligen Infiltraten treten im Vergleich zur vorigen Effloreszenz die

Lymphocyten an Zahl gegenüber Fibroblasten (Proliferation der fixen Zellen) erheblich zurück. Am Elastin fehlen wesentliche Veränderungen. Geringe Infiltration findet sich auch um die Talgdrüsen herum, sonst erscheint das Corium unterhalb des Stratum subpapillare intakt.

Etwa 4 Wochen später wurde von mir folgender Status des Patienten notiert:

Allgemeinbefinden gut. Innere Organe o.B. Kopfhaut und Gesicht frei von Effloreszenzen. Am Hals, bedeutend stärker aber an Vorder- und Rückfläche des Stammes ist ein Exanthem vorhanden, welches ohne systematische Anordnung und ohne Neigung zu Gruppenbildung und Konfluenz im wesentlichen aus zwei Arten regellos vermischter Effloreszenzen besteht. Anf der einen Seite stecknadelkopf- bis linsengroße, flach erhabene Herde, welche durch einen hellbräunlichen Ton auffallen. Die Papeln erscheinen an der Oberfläche glatt, fühlen sich mäßig derb an und erweisen sich unter Glas als bräunliche Fleckchen. Teilweise sind sie mit feinen, dünnen, lamellösen Schüppchen bedeckt, die leicht abgekrazt werden können. Manchmal tritt beim Abkratzen der Schüppchen eine feine kapillare Basisblutung auf. Die ganze Haut zeigt einen mäßigen Grad von Dermographismus.

Die andere Art der Effloreszenzen sind schmutzig- bis braungelbe makulöse Herde von sehr verschiedener Größe. Sie wechseln von Stecknadelkopf- bis Daumennagelgröße und präsentieren sich in allen möglichen Formen. Teils sind sie durchaus unregelmäßig, teils rundlich bis oval, teils länglich oder polygonal. Gegen die gesunde Umgebung grenzen sie sich nur wenig ab, vielfach sind sie verwaschen. Die Herde sind bedeckt mit weißen dünnen Schüppchen. Auf Druck fast keine Veränderung des Farbtons. Sie fühlen sich nicht derber an als die Umgebung.

Die Beugeseiten der oberen Extremitäten sind stärker befallen als die Streckseiten. Auch hier finden wir papulöse und maculosquamöse Effloreszenzen.

Letztere weisen teilweise eine deutliche Fältelung der obersten Schichten auf und erscheinen dadurch etwas atrophisch.

An den unteren Extremitäten sind die Streckseiten stärker befallen als die Beugeseiten. Die Effloreszenzen sind von derselben Beschaffenheit wie an den oberen Extremitäten, nur sind sie hier dedeutend größer als dort. Hände und Füße sind an Ober- und Unterfläche frei.

Am 25. November 1926, wieder etwa 4 Wochen später, wurde von mir nun ein dritter Status erhoben, der ein wesentlich verändertes Bild zeigt:

Behaarter Kopf, Gesicht, sowie der gesamte Stamm und die oberen Extremitäten sind völlig frei von Exanthem, während es an den unteren Extremitäten eher noch an Intensität zugenommen hat. Die Beine zeigen, speziell an ihren Streckseiten Effloreszenzen beider oben beschriebenen Typen. Die papulösen hinterlassen auf Druck ein deutliches gelb-braunes Infiltrat; sie sind eben tastbar, von mäßiger Derbheit. Versucht man die Schüppchenauflagerungen der papulösen Herde zu entfernen, so zeigt sich vor allem, daß eine viel reichlichere Schuppenbildung vorhanden ist, als es a priori den Anschein hat. Nach Abkratzen der Schuppen macht sich stellenweise eine kapillare Basisblutung bemerkbar.

Auch die makulösen Formen verhalten sich hinsichtlich der Schuppenbildung ähnlich wie die Papulae. Immerhin hält sich diese Schuppenbildung in mäßigen Grenzen; namentlich auf der Streckseite des rechten Beines sieht man zahlreiche, bräunlich rote, unregelmäßig configurierte, leicht atrophische, mit zarter Oberflächenfältelung versehene Herde, welche eine nennenswerte Abschuppung nicht aufweisen. Je mehr diese Herde abblaßen, umso deutlicher kommt die Atrophie zum Vorschein.

Dieser letzte, fast an Heilung grenzende Befund ist ein Beweis dafür, daß mit der Therapie der richtige Weg eingeschlagen worden ist. Sie bestand anfänglich in Behandlung mit 2% Salicylvaselin und 5% Tumenolsalbe, später in intramuskulären Solarsoninjektionen von 1,2 ccm 2 mal wöchentlich und energischen

Flächenbestrahlungen mit Höhensonne einmal in der Woche. Schon nach kurzer Zeit gab Patient ein Nachlassen des lästigen Juckreizes an, der dieses Exanthem begleitet hatte. Das subjektive Befinden des Patienten war stets ein gutes. Leider konnte er aus äußeren Gründen seine Behandlung nicht auf lange Zeit fortsetzen. Patient erhielt 7 Solarsoninjektionen und 3 Höhensonnenbestrahlungen, die einen vollen Erfolg der Therapie noch nicht zeigen konnten. Man darf aber annehmen, daß eine durchgeführte Behandlung auch zu einer vollkommenen Heilung geführt hätte.

Überblickt man nun den Krankheitsfall hinsichtlich seiner Erscheinungen, so ergeben sich so übereinstimmende Verhältnisse mit den von den oben angeführten Autoren beschriebenen Fällen, daß an der Zugehörigkeit unseres Falles zu demselben Typus kein Zweifel besteht.

Es treten auch in unserem Falle wie bei den meisten bisher veröffentlichten in charakteristischer Weise vorwiegend zwei Arten von Effloreszenzen auf. Es finden sich Knötchen, welche durch ihre scharfe Konturierung, ihr lachsfarbenes Aussehen, ihre flache Elevation, ihre mäßige Derbheit als durchaus gleichartig sich erweisen.

Als zweite Kategorie finden sich ferner durchschnittlich linsen- bis fingernagelgroße Flecken von gelblichroter bis braunroter Farbe, welche meist durch eine lockere Desquamation ausgezeichnet sind. Sie entbehren jeglicher Derbheit.

Auch pathologisch histologisch ist der Befund mit dem Typus der Pityriasis lichenoides chronica übereinstimmend: kernhaltige Hornschicht, mäßiges Zellinfiltrat in dem Corpus papillare, Durchsetzung der unteren Epidermisschichten mit Lymphocyten.

Nach all diesen Mitteilungen und Erfahrungen kommt man zu der Schlußfolgerung, daß die Pityriasis lichenoides chronica eine nur auf die Haut beschränkte Erkrankung ist ohne Zusammenhang mit irgendwelchen Störungen des Gesamtorganismus.

Die Aetiologie ist vollkommen dunkel.

Die Primäreffloreszenz ist eine stecknadelkopf- bis linsengroße, ganz oberflächliche, flache, rote Erhebung mit sehr geringer entzündlicher Infiltration, erst glatt und ohne Schuppung, dann mit kleienförmiger, zarter Schüppchenabblätterung. Pustelbildung kommt nur selten vor.

Das Exanthem befällt regelmäßig Stamm und Extremitäten und bevorzugt an diesen weder Streck- noch Beugeseiten. Konfluenz der kleinen Einzelherde findet nicht statt.

Subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden bis auf einen gelegentlich auftretenden Juckreiz.

Spontanheilung kommt nicht vor. Es sei denn, daß man die nach Entbindung erfolgte Abheilung als solche ansehen will. Doch sind in neuerer Zeit die therapeutischen Heilerfolge recht befriedigende insofern, als hier und da von vollkommener Heilung berichtet wird.

Die mikroskopischen Veränderungen entsprechen dem makroskopischen Bilde und stellen die Kombination einer Parakterose und einer ganz geringfügigen, oberflächlichen, circumscripten Hautentzündung dar.

Es sei mir gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch für die liebenswürdige Überlassung des Themas, Herrn Professor A. Poehlmann für die freundliche Übernahme des Referats sowie Durchsicht der Arbeit ergebenst zu danken.

Literatur.

Almkvist J.: Ein Fall von Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chron. Derm. Wochenschr. 1922. Bd. 74.

Arndt G.: Über Brocq'sche Krankheit. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 100. S. 7. 1910.

Brocq L.: Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Revue générale de clin. et de therap. (Journal des practiciens). September 1897. Nr. 27.

Derselbe: Les Parapsoriasis. Annales de Derm. et de Syphiligraphie. 1902.

Ehrmann: Pityriasis lichenoid. chron. Derm. Wochenschr. 1922. Bd. 74.

Jadassohn: Über ein eigenartiges, psoriasiformes u. lichenoides Exanthem. Verh. d. Deutsch. Derm. Gesellsch. 4. Kongr. Breslau 1894.

Derselbe: Beitr. z. Kenntnis des Lichen nebst einig. Beiträgen zur Arsentherapie. Ergänzungsbd. zum „Arch. f. Derm. u. Syph." Festschr. f. Kaposi. 1900.

Juliusberg F.: Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 41. 1897.

Derselbe: Über d. Pityriasis lichenoid. chron. Ebenda Bd. 50. 1899.

Leibkind M.: Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. Werther Über einen Fall von Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chron., welcher die drei Typen d. Parapsoriasis vereint. Derm. Zeitschr. 1915. Bd. 22.

Löwenstein: Zur Therapie der Parapsoriasis mit Pilocarpin. Derm. Wochenschr. 1920. Bd. 70.

Mucha V.: Über einen der Parakeratosis variegata bezw. Pityriasis lichenoid. chron. nahe stehenden eigentümlichen Fall. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd 123. 1916.

Muschter: Über einen Fall von Parapsoriasis. Ebenda. Bd. 121. 1916.

Neisser A.: Zur Frage d. lichenoid. Eruptionen. Verhandlg. d. Deutsch. dermat. Gesellsch. 4. Kongr. Breslau 1894.

Pinkus F.: Ein Fall von psoriasiformem u. lichenoidem Exanthem. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 44. 1898.

Riecke E.: Lehrbuch d. Haut- u. Geschl.-Krankheiten. Jena 1923.

Riecke E.: Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoid. chron. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 83. 1906.

Sato K.: Über Leukoderm bei Parapsoriasis. Derm. Wochschr. Bd. 73. 1921.

Werther: Über einen Fall von Pityriasis lichenoides (besser: polymorpha) chron. welcher die 3 Typen der Parapsoriasis vereint. Derm. Zeitschr. 1915. Bd. 22.

Wagner-Katz E.: Ein Beitrag zur Kasuistik der Pityriasis lichenoides chron. Derm. Zentralbl. Bd. 21 u. 22. 1918/19.

Zumbusch L. v.: Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Demonstration Verhandlg. der Wien. Derm. Gesellschaft. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 75. 1905.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich Frida Baltruweit am 20. August 1899 in Gumbinnen als Tochter des Regierungssekretärs Wilhelm Baltruweit.

Besuchte vom Jahre 1906 bis Sommer 1914 die Cecilienschule in meiner Vaterstadt, anschließend bis 1916 die Luisenschule in Tilsit. Das Zeugnis der Reife erhielt ich am städtischen Realgymnasium zu Insterburg als Extraneerin im Jahre 1921.

Das Studium der Medizin begann ich im S. S. 1921 an der Universität zu Königsberg, Ostpreußen. Das Physikum bestand ich dortselbst im S. S. 1923.

Das Staatsexamen legte ich an der Universität München im Jahre 1926 ab.

Zur Zeit bin ich als Medizinalpraktikantin an der Universitäts-Kinderpoliklinik tätig.